

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gdyni

ul. Starowiejska 50, 81-356 Gdynia

tel. (58) 620-17-98; fax (58) 620-57-44



PROTOKÓŁ KONTROLI Nr: 40/2016/KL

Nr sprawy: NE. 39.2016.KL

Gdynia, 7 Igrudnia 2016r.
(miejscowość i data)

przeprowadzonej przez Katarzynę Laskowską, kierownika sekcji epidemiologii, nr. up. 4/A/2014

(imię i nazwisko, komórka organizacyjna, nr upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych)

Pracownika (-ów) upoważnionego (-ych) przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdyni.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (tj. Dz. U. z 2015r., poz. 1412), w związku z art. 67 § 1 oraz art. 68 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (tj. Dz. U. z 2016r., poz. 23).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLOWANEGO PODMIOTU

1. Podmiot kontrolowany

Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej
ul. Powstania Styczniowego 9 b
81-519 Gdynia
tel. 58 69 98 506
E-mail ogólny: dyrekcja@ucmmit.gdynia.pl
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna)

2. Informacja dotycząca kontrolowanego obiektu

Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej
ul. Powstania Styczniowego 9 b
81-519 Gdynia
tel. 58 69 98 506
Izba Przyjęć
(pełna nazwa/adres/telefon/faks/poczta elektroniczna/rodzaj prowadzonej działalności)

3. Osoba lub jednostka organizacyjna odpowiedzialna za przestrzeganie wymagań

Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3A
80-210 Gdańsk
(imię i nazwisko/pełna nazwa (inwestor/organ założycielski/w przypadku spółki cywilnej wymienić wszystkich wspólników))

(adres zamieszkania/siedziby (w przypadku spółki cywilnej adresy zamieszkania wszystkich wspólników/telefon/faks/poczta elektroniczna))

4. NIP/REGON/PKD – odpowiednio: NIP: 5865111467 REGON: 192953946, PKD:.....

5. Osoba kierująca podmiotem kontrolowanym:

Anna Klewenhagen - dyrektor
(imię i nazwisko/stanowisko)

6. Osoba upoważniona pisemnie do reprezentowania kontrolowanego podmiotu* nie dotyczy

(imię i nazwisko/stanowisko/dane upoważniającego/data wydania upoważnienia/nr)

7. Inne osoby, w obecności których przeprowadzono kontrolę*

Monika Rosołowska - pielęgniarka epidemiologiczna
(imię i nazwisko/stanowisko/inne)

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KONTROLI

1. Data i godzina rozpoczęcia kontroli: 7 grudnia 2016 r. godz. 13.00.

2. Data otrzymania przez kontrolowanego zawiadomienia o kontroli* nie dotyczy

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

3. Przyczyna odstąpienia od zawiadomienia* nie dotyczy
4. Data i godzina zakończenia kontroli: 7.12.2016r. godz 14.30.
5. Czas kontroli obszaru, w którym stwierdzono nieprawidłowości* nie dotyczy
6. Zakres przedmiotowy kontroli: sprawdzenie stanu sanitarno – technicznego, higieniczno – sanitarnego, sprawdzenie dokumentacji prowadzonej działalności, kontrola gospodarki odpadami medycznymi oraz bielizną czystą i brudną, sprawdzenie prawidłowości stosowania środków dezynfekcyjnych i procesu sterylizacji.
7. Wyposażenie użyte podczas kontroli: nie dotyczy
8. Podczas kontroli wykonano pomiary, badania lub pobrano próbki do badań laboratoryjnych – nr i nazwa protokołu/ów: nie dotyczy
9. Podczas kontroli wykonano zapis dźwięku lub obrazu* nie dotyczy
10. Korzystano* z wyników badań i pomiarów: nie dotyczy
11. Dokumenty oceniane w trakcie kontroli:
procedury, instrukcje, tabele kontroli sprzętu i leków
12. Wykaz dokumentów załączonych do protokołu kontroli* nie dotyczy
13. Podczas kontroli wypełniono formularze kontroli – Oddział przyjęć i pomocy doraźnej F/EP/14

III. WYNIKI KONTROLI..

1. Informacje o kontrolowanym podmiocie np. stan formalno-prawny/nr wpisu do KRS/inne informacje istotne dla ustaleń kontroli

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

KRS 0000174213

2. Informacje istotne dla ustaleń kontroli np. stwierdzenia dotyczące stanu technicznego podmiotu/objektu, stanu sanitarno-higienicznego

Izba Przyjęć

Izba Przyjęć składa się z następujących pomieszczeń: 1 sala obszewacyjna trzy-osobowa wyposażona w pomieszczenie higieniczno-sanitarne, izolatka (wyposażona w służę umywalkowo-fartuchową, pomieszczenie higieniczno sanitarne z w umywalką, oczkiem ustępowym, prysznicem i maceratorem, pomieszczenie pobytu pacjenta, z którego można bezpośrednio wyjść na zewnątrz), gabinet diagnostyczno-zabiegowy, gabinet lekarski, punkt pielęgniarski, pomieszczenie do przebierania pacjenta wyposażone w kozetkę, wieszaki i ochraniacze płócienne na odzież, umywalkę, oczko ustępowe, prysznic, zamykane szafy na sprzęt medyczny. (połączone bezpośrednio z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym), magazyn czystej bielizny, magazyn brudnej bielizny, 3 pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów dostępne z ciągów komunikacyjnych w tym jedno wyposażone w natrysk i wózek wózek dostosowane dla osób niepełnosprawnych, pomieszczenie porządkowe wspólne dla Izby Przyjęć, Pracowni Endoskopowej, Kliniki Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej.

Do dezynfekcji rąk stosowany jest Sterisol Ethanol, Aniosgel, do skóry Kodan, Octenisept, do portów Citroclorex, do powierzchni Surfianos lemon fresch, Fugaten, Desprey, Virusolve 5%, Tristel. Narzędzia stosowane w Izbie przyjęć wyłącznie jednorazowe.

Odpady medyczne odbierane minimum 2 x dziennie-miękkie, pojemniki na odpady ostre nie żądziej niż co 72 godziny. Odpady o kodzie 180102 przechowywane przez 72 godziny w zamykanej chłodzience zlokalizowanej w pomieszczeniu przebierania się pacjenta.

Czystość bieżąca bez uwag.

3. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli z podaniem przepisów prawnych, które naruszono* nie dotyczy
4. Doraźne zalecenia, uwagi i wnioski* nie dotyczy

IV. UWAGI I ZASTRZEŻENIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W KONTROLI

1. Omówiono wyniki kontroli, ~~dokonano~~ nie dokonano wpisu do książki kontroli

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić

2. ~~Wnieiono~~nie wniesiono** uwag i zastrzeżeń do opisanego w protokole stanu faktycznego

3. Poprawki i uzupełnienia do protokołu – ~~naniesiono~~nie naniesiono**

(podać: numer strony protokołu, określenia lub wyrazy błędne i te, które je zastępują)

4. Za stwierdzone nieprawidłowości wymienione w protokole w części III pkt 3 lit.....nie nałożono/~~nałożono~~** grzywnę w drodze mandatu karnego na

(imię i nazwisko/stanowisko)

w wysokości..... słownie.....

(nr mandatu karnego).....

(podstawa prawna)

5. Upoważnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego nr..... z dnia..... wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdyni.

6. Osoba ukarana została pouczone o prawie odmowy przyjęcia mandatu. Z tego prawa skorzystała/nie skorzystała**

7. Dane osoby odmawiającej przyjęcia mandatu

(imię i nazwisko/adres)

8. Protokół został sporządzony w 2 jednobrzmiących egzemplarzach

9. Z treścią protokołu kontroli zapoznano się/nie zapoznano się **

10. W przypadku odmowy podpisania protokołu należy wpisać powód odmowy podpisania protokołu

specjalista ds. epidemiologii

(czytelny podpis osób obecnych podczas kontroli)

KIEROWNIK
epidemiologii
PŚSE w Gdyni
mgr Katarzyna Laskowska

(czytelny podpis kontrolującego (-ych))

V. POTWIERDZENIE ODBIORU PROTOKOŁU

Protokół kontroli sanitarnej otrzymałem(-am) w dniu.....

specjalista ds. epidemiologii

(czytelny podpis osoby odbierającej protokół i pieczęć podmiotu)

W trakcie kontroli wykorzystano/nie wykorzystano formularze kontroli*Oddział przyjęć i pomocy doraźnej F/EP/14 (nazwa/nr)

POUCZENIE: W terminie 7 dni od daty doręczenia niniejszego protokołu kontroli mogą zostać zgłoszone zastrzeżenia do ustaleń stanu faktycznego..

Wyniki kontroli dotyczą warunków skontrolowanego podmiotu w czasie i miejscu trwania kontroli.

Strona na każdym etapie postępowania ma prawo wglądu w dokumentację w siedzibie właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

* w przypadku odpowiedzi negatywnej należy wpisać „nie dotyczy”

** niewłaściwe skreślić